

F A C U L T E de M E D E C I N E de P A R I S

Année 1970

N°

T H E S E
pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

198

(Diplome d'Etat)
par

Robert , Jean , CHARLON

né le 20 janvier 1941 à Paris 14°

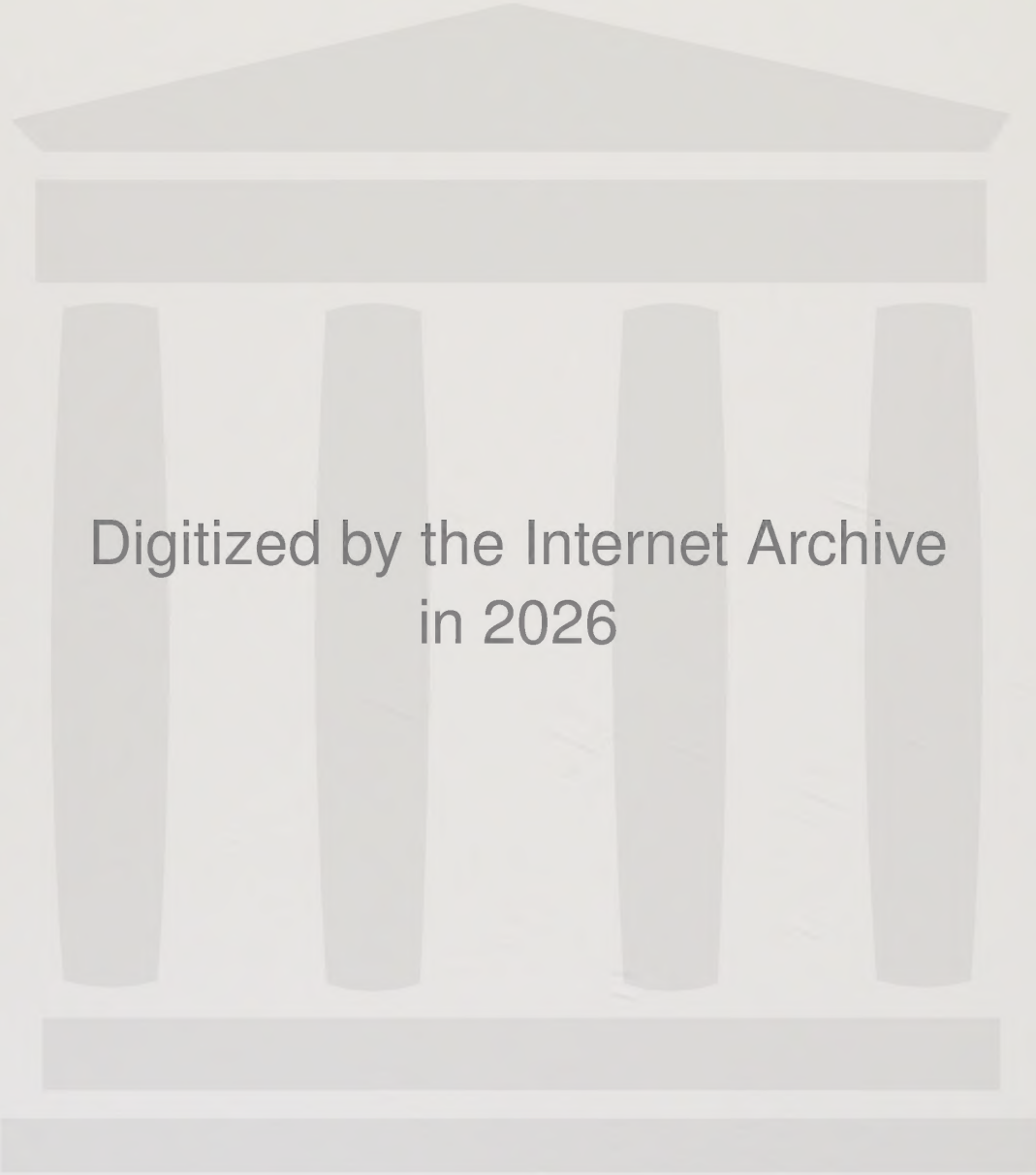
Externe des Hopitaux de PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

E T A T D U P R E M A T U R E A L A N A I S S A N C E E T

P A T H A L O G I E D E L A G R O S S E S S E

President: Monsieur G. BLANCHER, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550205_0002

F A C U L T E de M E D E C I N E de P A R I S

— • —

Année 1970

N°

T H E S E
pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplome d'Etat)
par

Robert ,Jean . CHARLON

né le 20janvier 1941 à Paris 14°

Externe des Hopitaux de PARIS

— • —

Présentée et soutenue publiquement le

— • —

ETAT DU PREMATURE A LA NAISSANCE ET

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

— • —

President: Monsieur G. BLANCHER, Professeur

— • —



A mes Parents ,

Ils ont tout fait pour moi

En regard de cela , ce modeste travail est
peu de chose,mais la reconnaissance que je
leur porte est immense .

A ma Femme
A mes Freres,
A ma Famille,
A mes Beaux Parents
A mes Amis.

Qu'ils trouvent ici l'expression
de toute mon affection.

A Monsieur le Professeur BLANCHER

President de cette thèse

Qui a bien voulu me confier ce travail,

Qu'il me soit permis de vous manifester
ma respectueuse admiration et ma profonde
gratitude.

A Madame le Docteur COHEN

Pour votre aide efficace et vos conseils avisés
laissez moi vous exprimer ma profonde reconnaissance

A Mademoiselle DESCHAMPS

En temoignage de votre aimable collaboration

A mes Maitres d'Externat ,

Monsieur le Docteur LACOUR

Monsieur le Professeur MATHE

Monsieur le Professeur MERKLEN

Monsieur le Professeur CANIVET

Monsieur le Professeur MOLLARET

Monsieur le Professeur BASTIN

Monsieur le Professeur VIC DUPONT

Monsieur le Professeur GANLORBE

Monsieur le Docteur ROBEY

Avec toute ma gratitude

I N T R O D U C T I O N

Au sens de la définition généralement admise qui est celle de la 1^{re} assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé : "est considéré comme enfant prématuré tout nouveau-né viable dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 g". Le nombre des prématurés oscille entre 50 à 60 000 pour 800 000 naissances environ par an.

Aussi, la prématurité pose-t-elle un problème important de santé publique par la mortalité globale qu'elle comporte (10 à 15 000 morts par an environ), et par la mortalité prénatale qu'elle entraîne (77 % des morts précoces, c'est-à-dire, celles qui ont lieu avant le 10^e jour).

La fréquence de la prématurité fait de celle-ci un des domaines les plus importants de la pédiatrie ; 25 % environ des prématurés réclament des soins et une méthode d'élevage spéciale, nécessitent de gros efforts dans l'équipement en matériel et dans la formation du personnel.

Malgré la lutte efficace contre l'infection, une meilleure compréhension de la physiologie du prématuré, les progrès réalisés en obstétrique, de nombreux problèmes posés par l'enfant prématuré, pendant les premiers jours de vie, persistent.

Au cours de notre étude sur "l'état du prématuré à la naissance et pathologie de la grossesse", nous allons donc essayer de déterminer s'il existe une corrélation chez le prématuré entre la pathologie des 8 premiers jours et les incidents ayant marqué la grossesse, l'accouchement et l'état de l'enfant à la naissance.

C'est en tenant compte de la pathologie rencontrée ³ dans le service et non dans le sens où l'entendent les obstétriciens que nous allons définir les expressions :

"grossesse pathologique" et "accouchement difficile".

I - GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Nous estimons qu'une grossesse est pathologique lorsque nous avons retrouvé, au cours de son déroulement, un ou plusieurs éléments suivants :

a) Grossesse chez une mère très jeune : d'âge inférieur à 18 ans.

En effet, plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur le fait que la répétition des grossesses avant 20 ans était un facteur de prématurité.

A ce facteur âge, dans ce cas, s'ajoutent des facteurs sociaux et psychologiques (illégitimité, grossesse non désirée, grossesse non suivie, mauvaise alimentation, etc...) qui font que la grossesse ne se déroulera pas dans un "climat" normal.

b) Les antécédents de grossesse pathologique.

Ce sont :

- les avortements spontanés à répétition (en sachant que l'aveu de fausse couche provoquée est délicat à obtenir) ;
- les grossesses ayant déjà abouti à la naissance d'un enfant prématuré ;
- la notion d'enfant mort-né.

c) L'hypertension artérielle et la toxémie gravidique.

Ce sont des facteurs bien connus de prématurité. Nous définissons comme malade hypertendu la femme ayant, pendant la grossesse, une élévation de la pression artérielle par rapport à celle connue en période non gravide avec une maxima supérieure ou égale à 14 cm de mercure.

d) La béance cervico-Isthmique.

En raison du risque de rupture prématurée des membranes.

e) L'infection chez la mère.

- urinaire: nous considérons comme femme porteuse d'infection urinaire toute femme traitée pendant plusieurs jours mais sans toujours en avoir eu la confirmation bactériologique.

- générale : toute femme fébrile durant plusieurs jours ayant eu une affection microbienne ou virale.

f) Les métrorragies.

Il faut distinguer les métrorragies précoces des 3 et 4 premiers mois et les métrorragies tardives souvent liées à un placenta praevia.

g) La prise de poids excessive.

D'emblée, nous éliminons la prise importante de poids engendrée par une toxémie gravidique. Nous retiendrons comme excessive toute prise de poids supérieure à 10 kg pour une grossesse non gémellaire.

REMARQUES : Nous en ferons deux :

La première concerne l'incompatibilité foeto-maternelle due au facteur rhésus et la mère diabétique. Que ces deux éventualités n'aient pas été retenues comme facteurs "de grossesse pathologique" tient au recrutement particulier du service.

Dans ces deux cas, les enfants sont immédiatement dirigés vers des centres spécialisés.

La seconde a rapport aux leucorrhées. Certes, il convient au cours d'une grossesse de traiter préventivement les mycoses vaginales et plus encore de rechercher la listéria, sur milieu au sang, dans les pertes vaginales. Mais les leucorrhées étant une affection très fréquente sinon constante, nous ne les avons pas retenues comme un facteur de grossesse anormale, d'autant plus que nous nous heurtons à un domaine peu connu : celui de la bactériologie vaginale.

II - L'ACCOUCHEMENT DIFFICILE

Cinq anomalies constatées pendant l'accouchement, qu'elles soient associées ou non, peuvent donner lieu à un accouchement pathologique. Ce sont :

1° Le Placenta praevia

Parce qu'il va constituer une des circonstances les plus graves et les plus difficiles, associées à, et responsable de la prématurité.

2° La rupture prématurée des membranes

Par le risque infectieux qu'elle fait courir, nous estimons qu'une ouverture de la poche des eaux supérieure à 12 heures est néfaste.

3° La présentation autre que le sommet

Au cours d'une enquête, Bishop montre l'élévation du risque foetal dans toutes les présentations autres que le sommet. Ce sont surtout les présentations du siège qui sont en cause (les présentations transverses et obliques étant relativement rares). La prématurité aggrave singulièrement les dangers de cette présentation (siège) du fait de la fragilité du système vasculaire cérébro-méningé, de l'inconvénient des mouvements respiratoires dans les voies vaginales maternelles, du risque de procidence du cordon.

4° Le liquide teinté

Traduisant la souffrance foetale et l'infection durant la grossesse et l'accouchement.

5° La césarienne

Bien que les obstétriciens ne la considèrent pas comme un accouchement à proprement parlé, mais comme un mode de naissance particulier, nous l'estimons comme "accouchement difficile". En effet, la césarienne n'est pas particulièrement bien supportée par le prématuré.

REMARQUES

Souvent nous parlerons par la suite d'enfants prématurés malades ou bien portants.

Parmi les enfants que nous considérons comme malades, nous trouvons deux groupes :

- le premier est celui où un diagnostic précis est porté ;
 - le second comprend les enfants qui présentent certains troubles soit respiratoire (polypnée, bradypnée, tirage, cyanose, pause apnée), soit neurologique (hypertonie, hypotonie, convulsions, dégradation des réflexes archaïques), soit métabolique, mais où un diagnostic ne peut être affirmé.
-

ANALYSE DES DOSSIERS

Du 1er janvier 1969 au 31 décembre 1969, 154 enfants furent hospitalisés dans le service des prématurés que dirige Monsieur le Professeur BLANCHER, au Centre Hospitalier Intercommunal de POISSY - YVELINES.

Le recrutement se fait de deux manières :

- soit par l'intermédiaire de la maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de POISSY dirigé par Monsieur le Professeur LEWINE. Dans ce cas, les soins donnés aux enfants prématurés ne souffrent d'aucun retard. La maternité se trouvant au rez-de-chaussée, le service des prématurés au premier étage de l'hôpital.
- soit par le canal des maternités privées ou communales des villes de la région environnante. Une ambulance de l'hôpital spécialement aménagée pour le transport de prématuré (incubateur, oxygène, aspiration, etc...) va chercher l'enfant, après. La surveillance de l'enfant durant le transfert est assurée par un membre du personnel infirmier du service. A l'arrivée, un examen clinique complet et méthodique est fait par l'interne de garde ou par l'assistant.

Sur les 156 dossiers d'enfants hospitalisés, nous en avons éliminé deux. Ils ne répondaient pas à la définition "...d'enfant nouveau né viable dont le poids de naissance est inférieur à 2 500 g".

Les différents éléments recueillis par l'analyse des 154 dossiers retenus sont réunis dans les quatre tableaux suivants :

enfants prématurés bien portants, enfants prématurés malades, enfants ayant présenté une anoxie néo natale, enfants décédés.

Ces tableaux tiennent compte de ce qui s'est passé durant la grossesse, pendant l'accouchement et à la naissance.

CONSTATATIONS GENERALES

Sur 154 enfants pesant moins de 2 500 g, 4 sont des jumeaux, soit 22 % des cas. Ce chiffre est vérifié par de nombreuses statistiques. C. SUREAU trouve un chiffre voisin, 11 % des grossesses gémellaires parmi les grossesses aboutissant à la naissance de prématuré. Pour notre part, nous trouvons 14 % de grossesses gémellaires.

Contrairement à ce que l'on rencontre généralement dans les enquêtes sur la prématurité, nous ne retrouvons pas la légère prépondérance de filles. Sur les 154 enfants, 84 sont des garçons (54 %), 70 sont de sexe féminin (46 %). Ce qui semble correspondre aux statistiques relatives à la population générale.

Sans en tirer de conclusion, citons que, parmi les 154 grossesses, il y a 60 primipares, 48 seconde pares, 15 troisième pares, 10 quatrième pares et 11 cinquième pares et plus. Nous avons 3 cas où la parité n'est pas précisée.

L'analyse globale des dossiers fait ressortir trois ordres de faits :

1° 83 grossesses sur 120 grossesses non gémellaires peuvent être considérées comme pathologique, soit 70 % ;

2° 64 accouchements sont considérés comme difficiles sur les 120 accouchements, soit 53 % ;

3° 23 enfants parmi les 154 qui ont été confiés dans le service sont morts, soit 15 % :

- 14 sont décédés le 1er jour de leur vie,
- 7 sont morts au 2e jour de leur vie,
- 2 ne vivant pas plus de 3 jours.

Il semble donc exister une phase critique pendant laquelle surviendra la majorité des décès.

Par exemple, la statistique de la ville de Birmingham en 1963 confirme cette constatation : 10,8 % des enfants nés vivants avec un poids inférieur à 2 500 g meurent pendant la première semaine.

Un autre fait corrobore cette notion de période critique : parmi les 120 enfants soignés dans le service et qui ont survécu, 72 ont été malades. Cette maladie a duré au moins 24 heures mais moins d'une semaine. Après la fin de la première semaine de leur vie, les enfants iront vers la guérison, aucun n'a réellement posé de problème médical sérieux.

Conscients de cette période critique difficile à passer pour certains prématurés, nous nous sommes interrogés sur l'existence éventuelle d'éléments de pronostiques sûrs que l'on puisse recueillir immédiatement à la naissance en tenant compte de l'évolution de la grossesse, des modalités de l'accouchement, de l'état de l'enfant à la naissance.

Dès la naissance, même parfois avant le premier cri de l'enfant, un certain nombre d'éléments peuvent inciter à la méfiance.

GROSSESSES PATHOLOGIQUES	ACCOUCHEMENTS DIFFICILES	ANOXIES
grossesse chez une mere tres jeune 3	placenta praevia 7	24 cas
antecedents gestationnels 111	rupture precoce des membranes 177	
HTA et toxemie 13	presentation du siege 11	
metrorragie 14	liquide teinte 15	
beance cervico isthmique 22	bradycardie 3	
infection chez la mere:	procidence du cordon 2	
generale 10	mere febrile 2	
urinaire 11	HTA pendant l'accou- -chement 3	
vaginale 1	tetanie 1	
prise excessive de poids 7	cesarienne 10	
divers:		
chute 2		
purpura 1		
ENFANTS BIEN PORTANTS : 48		
grossess chez une mere tres jeune 0	placenta praevia 1	4 cas
antecedents gestationnels 9	rupture precoce des membranes 12	
HTA et toxemie 8	presentation du siege 2	
infection chez la mere	liquide teinte 5	
generale 2	bradycardie 1	
urinaire 0	procidence du cordon 0	
metrorragie 3	mere febrile 1	
beance cervico isthmique 1	HTA pendant l'accou- -chement 0	
prise excessive de poids 2	Cesarienne 2	
divers :		
chute 1		

ANOXIE NEO-NATALE :26

GROSSESSES PATHOLOGIQUES		ACCOUCHEMENTS DIFFICILES		DECES
grossesse chez une mere tres jeune	1	placenta praevia	3	10
antecedents gestationnels	1	rupture precoce des membranes	6	
HTA et toxemie	7	presentation du siege	7	
metrorragie	3	liquide teinte	8	
beance cervico isthmique	0	bradycardie	2	
infection chez la mere:		mere febrile	2	
generale	3	HTA durant l'accou-		
urinaire	7	-chement	3	
prise excessive de poids	4	cesarienne	6	
divers	0			
ENFANTS DECEDES : 19				
grossesse chez une mere tres jeune	0	placenta praevia	1	ANOXIE NEO-NATALE 10
antecedents gestationnels	1	rupture precoce des membranes	4	
HTA et toxemie	1	Presentation du siege	5	
metrorragie	5	liquide teinte	6	
beance cervico isthmique	0	bradycardie	0	
infection chez la mere		mere febrile	1	
generale	6	HTA pendant l'accou-		
urinaire	3	-chement	1	
prise excessive de poids	3	tetanie	1	
divers /:	0	cesarienne	2	

I - EN CAS DE GESTATION PATHOLOGIQUE

L'étude du déroulement de la grossesse elle-même met en évidence que, parmi les 72 enfants prématurés malades, 56 d'entre-eux sont nés au terme d'une grossesse anormale, soit 78 %.

Au contraire, sur les 48 enfants prématurés bien portants, on dénombre seulement 27 grossesses anormales, soit 54 %.

On peut encore présenter les choses d'une façon différente, peut-être plus valable :

Les 83 grossesses pathologiques ont abouti à la naissance de 56 enfants malades, soit 67,4 %. Au contraire, les 37 grossesses normales ont abouti à la naissance de 16 enfants malades, soit 43 %.

Il semble donc, en conclusion, et d'une manière globale, plus risqué de naître au décours d'une grossesse pathologique que d'une grossesse normale.

Un point plus intéressant consiste à analyser séparément le pronostic lié aux différents états pathologiques gestationnels possibles. Plusieurs faits deviennent alors frappants :

a) Les métrorragies

Chez les 72 enfants prématurés malades, nous retrouvons 14 fois des antécédents de métrorragie durant la grossesse, soit 20 %. Par contre, 3 enfants bien portants seront l'aboutissant d'une grossesse ayant été marquée par des métrorragies, soit 6 %. Il est remarquable que, parmi les 14 enfants malades, 5 sont morts et les métrorragies représentent le seul signe de grossesse anormale.

- le premier est décédé à l'âge de 10 h d'un syndrome hémorragique diffus, pesait entre 1 200 g et 1 500 g (métrorragies en fin de grossesse).
- le second est mort à la 40e heure d'hémorragie cérébrale, pesait 800 g à la naissance (métrorragies pendant les 3 premiers mois).
- le troisième pesait entre 1 200 et 1 500 g est mort à la 20e heure de volvulus du grêle (métrorragies du 2e au 4e mois).
- le quatrième dont le poids de naissance n'excédait pas 800 g est mort à l'âge de 8 heures d'une anoxie néo natale (date des métrorragies non précisée).
- le cinquième mort de membrane hyaline à la 30e heure pesait 800 g (métrorragies durant les 4 premiers mois).

Les 9 autres enfants malades ont présenté les troubles suivants : 1 hémorragie méningée, 2 anoxies néo natales, 4 infections néo natales, 1 détresse respiratoire modérée, 1 désordre métabolique. Ces enfants malades ont nécessité une surveillance accrue et des soins particuliers pendant plusieurs jours.

b) Second point particulier : le facteur infection

25 cas d'infection, urinaire ou générale, sur les 154 grossesses ont été dénombrés.

Chez les 72 enfants prématurés malades, 23 ont eu une gestation anormale causée par l'infection, soit 30 %, se répartissant ainsi :

- 11 infections urinaires : dans deux cas seulement un examen cytobactériologique est pratiqué.

- 9 infections générales : 2 gripes au 4e mois ; 2 rhinopharyngites aux 4e et 5e mois ; 3 états fébriles persistant plusieurs jours sans diagnostic précis, traités par antibiothérapie ; 1 congestion pulmonaire au 6e mois ; 1 panaris avec fièvre et malaise général (date non précisée).
- 1 cas d'infection vaginale que nous distinguons des leucorrhées banales par le caractère purulent des pertes, l'existence d'un examen cytot bactériologique positif : présence d'un staphylocoque pathogène.

De ces trois causes d'infection survenue au décours de la grossesse, seul le facteur infectieux général aboutit à la naissance d'enfants qui décèdent dans les 3 jours suivants. Ils sont cinq.

Le facteur infection générale est le signe unique permettant, dans ces cinq cas de mort, de dire : grossesse pathologique.

- le premier enfant est mort à la 7e heure après une inhalation massive de liquide amniotique. La grossesse est marquée par un état fébrile survenu au 5e mois. Liquide teinté à la rupture des membranes. Les prélèvements bactériologiques à la naissance sont négatifs.
- le second enfant est décédé à la 14e heure d'hémorragie méningée. La mère présente une grossesse pathologique : rhinopharyngite au 5e mois. L'accouchement se fait par le siège. Les prélèvements effectués à la naissance sont négatifs.
- le troisième enfant est mort à la 20e heure, d'hémorragie méningée et de membrane hyaline. La grossesse est anormale : rhinopharyngite au 4e mois. A l'accouchement, rupture prématurée des membranes. Prélèvements bactériologiques à la naissance négatifs.

- le quatrième enfant est mort à la 10e heure de membrane hyaline. Pendant la grossesse, la mère fait une grippe (date Accouchement par césarienne. Prélèvements bactériologiques à la naissance négatifs.
- le cinquième enfant né avec un liquide teinté est mort à la 14e heure de septicémie. On trouve une grippe au 4e mois de la gestation. Prélèvements bactériologiques positifs : protéus.

Deux enfants bien portants ont une mère malade durant la grossesse (soit 4,2 %) L'une a une sérologie de syphilis positive jusqu'alors inconnue, l'autre un état fébrile.

Plus que l'infection microbienne, (urinaire, générale, vaginale), ce sont essentiellement les gestations fébriles et d'étiologie vraisemblablement virale qui seront suspectées lors de l'interrogatoire de la mère, comme pouvant donner lieu à des états pathologiques graves à la naissance, voire la mort de l'enfant.

c) Dans une certaine mesure, la prise excessive de poids pendant la grossesse peut être un facteur de méfiance

Sur les 9 gestations où la prise de poids est supérieure à 10 kg avant le terme (compte tenu de la définition ci-dessus) 7 donneront des enfants malades, 2 décèderont, l'un d'une toxémie gravidique tardive s'étant déclenchée au cours du travail. Chez le second, l'accouchement s'est déroulé normalement, mais la grossesse était pathologique (métorrhagies durant les 2e et 4e mois). Il est difficile d'accorder une réelle valeur à la prise excessive de poids car ce peut être un des signes de la triade classique de la toxémie gravidique. Alors, dans ce cas, il faut les inclure dans le chapitre toxémie.

Nous n'avons pas noté de corrélation évidente entre l les autres anomalies constatées pendant la grossesse et la probabilité pour l'enfant d'être malade dans la période péri-natale.

Chez les enfants malades, il y a 11 antécédents de grossesse pathologique (avortement spontané à répétition, prématurité, mort-né) parmi les enfants bien portants, le chiffre est sensiblement le même 9, ce qui représente pour l'un et l'autre cas des pourcentages de 15 % (enfants malades) et 16,6 % (enfants bien portants).

Pour ce qui est de l'hypertension artérielle et de la toxémie gravidique, rien de paraît comme décisif. Pour les enfants malades, 13 ont une grossesse marquée par H. T. A. et toxémie : 20 %. Chez les enfants bien portants, 9 d'entre eux sont nés après une grossesse anormale, soit 16,6 %. Mais, nous devons constater que sur les 22 cas d'H. T. A. répondant peut-être à des toxémies gravidiques, 7 enfants présenteront une anoxie néo natale (soit 25 % des cas) et, parmi eux, 6 seront des enfants prématurés malades. Le nombre réduit de cas de béance cervico isthmique (3 au total) de grossesse survenant chez des femmes très jeunes (3) ne permettent pas une interprétation valable.

S'il paraît plus risqué de naître d'une "grossesse pathologique" en général, des facteurs de grossesses anormales attirent l'attention, particulièrement les métrorragies et l'infection générale et, à un degré moindre, la prise excessive de poids.

II - ETAT DE L'ENFANT PENDANT LES 8 PREMIERS JOURS ET ACCOUCHEMENTS DIFFICILES

Il faut se méfier d'un enfant dont l'accouchement a été difficile. Voici d'abord quelques chiffres :

Il y a 63 accouchements difficiles sur les 120 enfants prématurés non jumeaux (soit 53 %).

Parmi les 72 enfants enfants qui ont été malades, 44 sont nés après un accouchement pathologique, soit 61 % ; au contraire, parmi les 48 prématurés bien portants, 19 accouchements sont atypiques, soit 39 %. Présentés d'une manière différente, peut être meilleure, les chiffres sont encore plus démonstratifs : les 63 accouchements difficiles ont abouti à la naissance de 44 enfants malades (soit 69 % des accouchements difficiles) ; au contraire, les 57 accouchements normaux ont abouti à la naissance de 19 enfants malades (soit 35 % des accouchements difficiles).

Il semble donc qu'il existe une corrélation entre l'accouchement pathologique et l'état de l'enfant durant les 10 premiers jours.

L'analyse séparée du pronostic lié aux différentes possibilités d'accouchements pathologiques est intéressante. Plusieurs notions s'en dégagent : un fait est frappant : Sur 120 accouchements, gemellaires exclus, nous comptons 13 présentations autres que céphaliques : il y a 12 sièges et 1 présentation transverse (qui nécessitera une césarienne) soit 12 % des accouchements, pourcentage nettement supérieur à celui que l'on rencontre au cours des accouchements à terme (3,5 %).

Parmi les 12 accouchements atypiques, 10 donneront des enfants prématurés malades, passée la 1re heure, 5 sont morts :

- 1 enfant de 980 g décédé à la 8e heure d'inhalation de liquide amniotique.
- 1 enfant de 1 450 g décédé à l'âge de 10 heures de membranes hyaline et d'hémorragie méningée.
- 1 enfant de poids de 1 000 g mort à la 14e heure d'hémorragie méningée.
- 1 enfant de 800 g mort à la 40e heure d'hémorragie méningée.
- 1 enfant ne pesant pas 1 000 g décédé à l'âge de 3 jours d'hémorragie méningée.

Une réflexion se dégage : l'enfant vulnérable du fait de sa fragilité (degré d'immaturité important de ces enfants dont le plus lourd a un poids n'excédant pas 1 450 g) voit ce risque augmenter dans des proportions appréciables quand l'accouchement s'effectue par le siège.

Parmi les 5 autres enfants malades il y a :

- 1 enfant né par le siège, au decours d'une grossesse marquée par un placenta praevia, il a souffert d'une anoxie néo-natale dont les signes n'ont régressé qu'après la 24e heure.
- 1 enfant né par le siège, au decours d'une grossesse marquée par des métrorragies, présente une détresse respiratoire guérie en 4 jours.
- les 3 autres enfants nés par le siège et qui sont malades présentent respectivement : le premier une polypnée régressant en quelques jours ; le second, des convulsions et le troisième un syndrome neurologique qui durera 4 jours.
- seuls deux enfants nés par le siège ne seront pas malades. L'un au terme d'une grossesse de 8 mois $3/4$ pesant 2 440 g, après une grossesse normale chez une primipare de 22 ans ; il avait un apgar à 4 à la 1re minute puis 9 à la 10e minute ; il s'est toujours bien porté. L'autre prématuré, né au terme de 7 mois $1/2$

pesant plus de 2 200 g, après une grossesse marquée par des métrorragies naîtra par césarienne pour dystocie dynamique chez une primipare de 34 ans sera toujours bien portant.

Il convient de nouveau de souligner le risque existant entre l'accouchement par le siège et l'état de l'enfant durant la première semaine.

Seconde constatation : le placenta praevia :

Nous avons sur les 120 accouchements, 8 placentas praevia : 6,66 % contre 0,45 % parmi les accouchements à terme.

Un enfant est mort, 6 ont été malades, 1 s'est toujours bien porté.

L'enfant qui est mort pesait 1 450 g à la naissance ; il est décédé à l'âge de 10e heure, d'hémorragie méningée et de membrane hyaline, l'accouchement s'étant effectué par le siège. Les autres enfants ont présentés les troubles suivants :

- 1 hémorragie méningée, 1 des troubles respiratoires ayant duré plus de 24 heures, 1 détresse respiratoire importante due à un syndrome des membranes hyalines et à l'aspiration de liquide amniotique ; l'enfant sera bien à partir du 6e jour ; 1 anoxie néo-natale avec des signes pathologiques persistant le 1er jour passé ; 1 infection néo-natale, 1 anoxie néo-natale sévère avec un apgar à 1 à la naissance, l'inhalation de liquide amniotique se traduira par des signes pathologiques présents pendant plusieurs jours.

Seul un accouchement difficile par placenta praevia au décours d'une grossesse normale aboutit à la naissance d'un enfant prématuré bien portant de plus de 2 200 g au terme de 7 mois.

Par sa fréquence plus grande au cours de la prématurité il conviendra de suivre particulièrement les enfants nés après un accouchement où on aura découvert un placenta praevia.

Il semble exister une corrélation entre l'état de l'enfant pendant la période péri natale et l'aspect du liquide amniotique ; en effet :

15 accouchements dits pathologiques pour liquide teinté donneront naissance à des enfants malades : soit 21 % des 72 enfants prématurés malades. Au contraire, sur les 48 prématurés bien portants, 5 auront un liquide teinté au moment de la rupture des membranes, soit 10 %.

6 sur 15 enfants malades, passée la 1re heure, décèderont, mais dans deux cas, il y a association avec une présentation de siège.

Pour les 4 autres décès : le liquide teinté est le seul facteur d'accouchement atypique dans 3 cas. Pour le dernier cas, il y a ouverture de l'oeuf 15 jours avant la naissance..

Sur les 4 enfants morts :

- 1 est mort à l'âge de 20 heures ; il décèdera au décours d'une grossesse fébrile (rhinopharyngite à 4 mois) de membranes hyaline et d'hémorragie méningée ; il pesait entre 1 200 et 1 500 g.
- 1 décèdera à l'âge de 14 heures à la suite d'une grossesse fébrile (grippe à 4 mois) de septicémie et inhalation de liquide amniotique ; il pesait entre 1 300 et 1 800 g.
- 1 est mort à la 7e heure, après une grossesse fébrile d'aspiration massive de liquide amniotique ; il pesait entre 1 300 et 1 800 g.
- le dernier est décédé à l'âge de 19 heures, la grossesse semble avoir été normale, de membranes hyalines. Il pesait plus de 2 200 g.

Parmi les 9 prématurés malades, il y a :

- 2 détresses respiratoires avec inhalation de liquide amniotique
- 3 anoxies néo-natales,
- 1 convulsion, 1 perturbation de la crase sanguine, 2 sésordres métaboliques.

Il faut signaler le parallélisme entre le liquide teinté et l'état fébrile, pendant la période allant du 3^e au 6^e mois de la grossesse.

Il n'existe, par contre, aucune corrélation statistique évidente entre les autres anomalies constatées pendant l'accouchement et la probabilité, pour l'enfant, d'être malade pendant la période péri-natale.

Quelques chiffres :

Nous trouvons 17 ruptures prématurées des membranes sur 72 enfants malades, soit 23,6 %; chez les enfants bien portants 12 ouvertures précoces de l'oeuf, soit 25 %.

Quant aux autres anomalies pouvant entraîner un accouchement difficile, elles ne sont pas assez nombreuses pour établir une statistique.

Il y a :

- 2 procidences du cordon dont une associée à une présentation de siège.
- Une mère ayant fait une crise de tétanie pendant l'accouchement; l'enfant pesait plus de 2.200 grammes, il décédera à la 11^e heure d'une pneumopathie aiguë.
- 3 mères fébriles durant l'accouchement. Sur les 3 enfants nés dans ce cas, deux seront malades, le troisième sera bien portant.
- 4 bradycardies pendant l'accouchement, dans deux cas il y avait procidence du cordon.
- 3 mères ayant une brusque poussée hypertensive pendant l'accouchement alors qu'elles n'avaient présenté aucun trouble durant la gestation. Les 3 enfants seront malades

En conclusion, nous pouvons dire qu'il existe une corrélation directe entre l'accouchement difficile et l'état de l'enfant passée la première heure de vie, et cela sera d'autant plus vrai que l'accouchement se sera fait par le siège, que l'on aura noté un placenta praevia ou un liquide teinté.

Maintenant, abordons le problème particulier de la césarienne qui, du fait de son indication et de sa réalisation (décubitus, anesthésie, et hyperventilation de la mère) peut avoir certaines incidences sur l'état de l'enfant.

Pour 120 enfants nés de grossesses non gemellaires, 12 le sont après césarienne, soit 10 %.

Les indications de la césarienne furent les suivantes :

- 3 pour dystocie osseuse
- 2 pour dystocie dynamique
- 3 pour poussée de toxémie gravidique pendant l'accouchement, dont l'une avec défaillance cardiaque de la mère.
- 1 pour antécédent de césarienne
- 1 pour placenta praevia
- 1 indication non précisée.
- 10 enfants nés par césarienne seront malades, soit 13,3 % des enfants malades. 6 présenteront un apgar inférieur à 8 à la première minute de vie.
- 2 enfants décéderont :
 - l'un à l'âge de 10 heures, mort de membranes hyalines, au terme de 8 $\frac{1}{2}$ mois, pesait entre 1.500 et 1.800 grammes. Pendant la grossesse, il faut noter une grippe (date non précisée)
 - l'autre est mort à la 36^e heure d'hémorragie méningée, au terme de 8 mois, il pesait entre 1.800 et 2.200 grammes.

La grossesse avait été marquée par une toxémie gravidique (hypertension artérielle 16/8, prise de poids 14 kilogs.)

- il y a 2 enfants nés par césarienne pesant plus de 2.200 grammes, qui seront bien portants.

Il faudra donc se méfier particulièrement des enfants nés par césarienne.

III - Enfin, l'état de l'enfant à la naissance qui s'apprécie sur le score d'apgar à la 1^{ère} et 10^e minute de vie doit aussi intervenir dans l'établissement immédiat du pronostic.

Précisons que par souffrance néo-natale ou anoxie néo-natale nous entendons les enfants nés avec un score d'apgar inférieur à 8 à la première minute ou chutant secondairement en raison d'une apnée secondaire avant la 10^e minute.

Voici, là encore, quelques chiffres :

- Parmi les 72 enfants prématurés malades, non jumeaux, 24 ont présenté des signes de souffrances dans les 10 premières minutes de leur vie, soit 33 %. Chez les enfants bien portants : 2 seulement sur 48 auront un apgar inférieur à 8, soit 4 %.

D'autres chiffres corroborent les précédents :

- Sur les 28 enfants nés avec une anoxie néo-natale, 24 ont présenté des signes patents de maladie dans le service, soit 85 %. Au contraire, dans le groupe des 92 enfants dont le score d'apgar est supérieur à 8 au moment de la naissance, 48 sont malades, soit 52 %

Quant à l'étude de l'état de l'enfant à la naissance, en fonction des différents facteurs de grossesse pathologique et d'accouchement difficile, les données statistiques ne permettent pas d'établir de corrélation; cela tient à la multiplicité des facteurs qui interviennent associés ou non.

Il faut donc attacher une certaine importance aux signes d'anoxie néo-natale dont témoigne un apgar bas au moment de la naissance. MAIS, il faut savoir aussi qu'un état quasiment parfait à la première minute de vie ne suffit pas du tout pour établir un pronostic favorable.

Parmi les 19 enfants qui sont morts, 9 ont un score d'apgar tout à fait correct au moment de la naissance.

IV - Il faut de méfier, en fait et en premier lieu des enfants de très petit poids, car ils constituent, du fait d'une plus grande immaturité, en grande partie, le lot des décédés. Dans notre statistique, nous avons sur 120 enfants nés de grossesses non gemellaires :

- enfant ayant un poids inférieur à 1.200 grammes
6 enfants, 6 décès, soit 100 %
- entre 1.200 et 1.500 grammes :
9 enfants, 6 décès, soit 66
- entre 1.500 et 1.800 grammes :
17 enfants, 3 décès, soit 17, 6 %
- entre 1.800 et 2.200 grammes :
42 enfants, 1 décès, soit 2,2 %
- entre 2.200 et 2.500 grammes :
46 enfants, 3 décès, soit 6,5 %

- Si nous comptons les enfants ayant un poids inférieur à 1.500 grammes, cela représente 15 enfants, 9 décès, soit 60 %
- Un fait à signaler, il semble exister un poids favorable pour les prématurés situés entre 1.800 et 2.200 grammes où le nombre de décès est faible (2,2 %) ce qui correspond à un terme de 7 $\frac{1}{2}$ mois.

Ces pourcentages sont assez comparables à ceux fournis par d'autres statistiques. Pour la ville de BIRMINGHAM, on compte, en effet, 92 % de décès pour les enfants pesant moins de 1.000 grammes et 2,3 % pour le groupe des enfants pesant entre 2.200 et 2.500 grammes.

Une notion apparaît en tout cas très clairement : l'hospitalisation dans un centre spécialisé des enfants de moins de 1.500 grammes s'impose rapidement et indiscutablement.

C O N C L U S I O N

Du 1er janvier au 31 décembre 1969, 154 enfants de moins de 2.500 grammes, dont 34 jumeaux (22 %) furent hospitalisés dans le service des prématurés que dirige Monsieur le Professeur **BLANCHER**, au centre hospitalier intercommunal de POISSY.

L'analyse des dossiers de ces enfants fait ressortir deux ordres de faits :

- 1^o) Sur 120 grossesses non gémellaires, 83 peuvent être considérées comme pathologiques (70 %) nous entendons par " grossesse pathologique " :
 - La grossesse chez une mère de moins de 17 ans
 - Les antécédents de gestation pathologique (avortement spontané à répétition, prématurité, mort-né)
 - L'hypertension artérielle et la toxémie gravidique
 - La béance cervico-isthmique
 - Les métrorragies
 - L'infection chez la mère : urinaire et générale
 - et les autres causes : prise excessive de poids, chute, etc...
- 2^o) 23 enfants parmi les 154 sont morts, soit 15 %
Tous décéderont dans les 3 premiers jours (14 le premier jour, 7 le second jour, 2 le 3ème jour).

Dès la naissance de l'enfant, il existe des éléments de pronostic défavorable :

- L'un est évident :
c'est le poids inférieur à 1.500 grammes à la naissance sur 15 enfants : 9 décès, soit 60 %
- D'autres sont moins évidents et il faudra les éléments obtenus par l'anamnèse concernant le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et l'état de l'enfant à la naissance (anoxie néo-natale).

L'étude du déroulement de la grossesse elle-même, met en évidence, parmi les 72 enfants malades, 78 % de "grossesses pathologiques". Parmi, au contraire, les 48 enfants bien portants, on compte 27 grossesses pathologiques, soit 56 %

Certains facteurs de " grossesses pathologiques " doivent attirer l'attention, ce sont :

- l'infection chez la mère, urinaire et générale que l'on retrouve dans 31 % des cas d'enfants malades, dans le groupe des enfants bien portants, elle représente 8 %.
- les métrorragies : chez 20 % des enfants malades, on relève ce signe pendant la grossesse de la mère, alors qu'il se retrouve pour 6 % dans le groupe des enfants bien portants.
- la prise excessive de poids durant la grossesse à un degré moindre.

En ce qui concerne l'accouchement, il existe une corrélation certaine entre " l'accouchement difficile " et l'état de l'enfant pendant les premiers jours.

Sur 72 enfants malades, 61 % sont issus d'un accouchement atypique. Au contraire, parmi les 48 enfants bien portants 39 % sont issus d'un accouchement difficile.

En cas d'accouchement difficile, il faudra particulièrement se méfier :

1^o) des présentations du siège :

sur 12 présentations du siège, 10 enfants seront malades, 5 décèderont, 2 seront bien portants.

2^o) des placenta praevia :

sur 72 enfants malades, nous comptons 7 placenta praevia, sur 48 enfants bien portants, 1 placenta praevia.

3^o) de la présence de liquide teinté au moment de la rupture des membranes :

15 enfants seront malades, sur les 20 nés au décours d'un accouchement marqué par un liquide teinté.

Sur les 6 qui décèderont, dans 4 cas on notera un liquide teinté comme l'unique anomalie au cours de l'accouchement.

Attirons aussi l'attention, dans l'établissement du pronostic du prématuré à la naissance, sur le problème particulier que représente la césarienne : sur 12 césariennes, 2 enfants nés par ce mode décèderont, 6 auront un apgar inférieur à 8 à la première minute de leur vie, 10 seront malades.

Enfin, l'état de l'enfant à la naissance doit aussi intervenir dans l'établissement immédiat du pronostic.

Sur les 28 enfants nés ayant présenté des signes de souffrance dans les 10 premières minutes (score d'apgar inférieur à 8) 24 présentent des signes patents de maladie, soit 83 %

Avoir un apgar inférieur à 8 peut être défavorable mais il faut insister et savoir qu'un état quasi normal à la première minute de vie ne suffit pas pour permettre un pronostic favorable. Sur 19 décès, 9 enfants avaient un apgar tout à fait correct au moment de la naissance.

Pour nous résumer, disons qu'il existe des éléments défavorable, dans l'établissement du pronostic à la naissance, ce sont :

- Un poids inférieur à 1.500 grammes
- Un accouchement par le siège
- Un placenta praevia
- Des metrorragies, une infection générale chez la mère durant la grossesse.
- A un moindre degré, il faut citer le liquide teinté, une césarienne, la prise excessive de poids durant la grossesse.

Insistons sur une notion importante : l'association dans l'histoire d'un même enfant d'anomalies, même considérées comme mineures, portant à la fois sur la gestation, l'accouchement et l'état de l'enfant à la naissance. Une telle association, quelle qu'en soit le type, est retrouvée chez 86,3 % des enfants prématurés qui présenteront des signes de maladie.

B I B L I O G R A P H I E

- 3 _ BISHOP EH. , ISRAEL SL., BRISCOE CC.,
Obstetric influences on the premature infant's first year of
development. obst.and.gynecol 1965, 26, 5, 628—835 .
- ~~DUBRE~~ et LELONG M.
Pediatrie tome 1 page 97 Ed.Flammarion Paris 1959 .
- _ DUNHAM EC.,
Premature infants . 3° Ed. Edited by W . A.SILVERMAN
New-york HOEBER 1961 .
- _ E. and S. LIVNISTONE , Ltd, EDNIBOURGH and LONDON ,
The first report of the british perinatal mortality survey.
1963 vol,1 , 142
- _ GILLOT F. ,
Etiologie et prophylaxie de la prematurite,
Revue du Pratien tome 17 N° 5, fevrier 1967 .
- _ LACOMME M. ,
L'accouchement du premature .
Maternite 1956 , 5, 2, p. 45-54 .
- _ LUBCHENCO , HANSMAN C , DRESSLER M , and BOYD E ,
Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight
data at 24 to 42 weeks gestation .
Pediatrics , nov , 1963 , 32 , 793 .
- _ MINKOWSKI A. , et COLL. ,
Avenir du premature ,
Rev. neuro. psych. infantile 1964, 12 , 264-334 .

— NICOLOPOULOS D. , ARSENI A. , MORFIS L. , GAVRIELDIOU E. , et
PAPADIMITRIOU K. ,

Croissance morbide et mortalite de 300 prematures
Pediatrie tome 14 N° 4 , 1969 P. 435

— ROSSIER ? ,

Avenir des prematures et organisation pratique d'un
centre de prematures .

Encycl. Med. Chir. Pediatrie , 4002 , S60 , 1959 , 9 p.

— SUREAU C. ,

L'accoucheur face aux problemes de la prematurite .

Revue du Praticien tome 18 , N° 5 , fevrier 1967 .

— OUVRAGES :

SYMPOSIUM ON THE NEWBORN Mai 1961 ,

Pediatric clinics of North America Vol,8 , N° 2

REVUE du PRATICIEN tome 18 , N° 5 , fevrier 1967

VU Le Président:
Professeur G. BLANCHER

VU Le Doyen:
Professeur G. BROUET

VU et Permis d'Imprimer
Le RECTEUR de L'ACADEMIE de PARIS:
R. MALLET

